

26.11.2018

Psychische Erkrankung als Folge von psychischer Misshandlung in der Kindheit

Workshop Kinderschutztagung Meiningen 2018 Dr. Martin Rank, CA KJP HBN

Inhalt

- 3 Verletzungen und Traumatisierungen
- 19 Bindung und Bindungstypen
- 26 Auswirkungen von psychischer Misshandlung
- 34 (Pause)
- 35 Fallbeispiele
- 41 Interventionen und Hilfen

Verletzte Kinder

Traumatisierte Kinder

Formen schädlicher kindlicher Erfahrungen (ACE-Score)

- Körperliche Misshandlung
- Sexueller Missbrauch
- Psychische Misshandlung
- Körperliche Vernachlässigung
- Emotionale Vernachlässigung
- Gewalt gegenüber der Mutter
- Drogenmissbrauch im häuslichen Umfeld
- Psychische Krankheit im häuslichen Umfeld
- Verlust durch Trennung oder Scheidung der Eltern
- Inhaftierung eines Familienmitglieds

Körperliche Misshandlung

- Direktes körperliches Verletzen:
 - Schlagen, Stoßen
 - Schütteln (Babies)
 - Verbrühen
 - Vergiften
- Indirektes körperliches Verletzen
 - Massiven Gefahren aussetzen
 - Schmerzhaftes Untersuchungen erzwingen („Münchhausen-Syndrom“)
- Kein Einschreiten, wenn Misshandlungen durch andere geschehen

Sexueller Missbrauch

- Jeder sexuelle Kontakt eines Erwachsenen zu einem Minderjährigen
- Ein gegenüber dem Kind erzwungenes sexuelles Verhalten
- Das Kind kann der sexuelle Handlung nicht zustimmen, wegen körperlicher, seelischer, geistiger oder sprachlicher Unterlegenheit
- Eine Macht- Autoritätsposition wird ausgenützt
- Eine sexuelle Aktivität zwischen einem Kind und einem mindestens fünf Jahre älteren Menschen

Körperliche Vernachlässigung

- Ungenügendes Nahrungsangebot (Gedeihstörungen):
 - hungern / verhungern lassen
- Mangelnde Hygiene
- Krankheiten / Entwicklungsstörungen nicht behandeln lassen
- Keine gesundheitliche Vorsorge
- Mangelnde körperliche Bewegung (Einsperren)
-

Psychische Misshandlung

- Offene oder indirekte Feindseligkeit gegenüber dem Kind
- Offene oder indirekte Ablehnung des Kindes
- Mangelnde Wertschätzung, Abwertung des Kindes
- Demütigung des Kindes
- Bloßstellung des Kindes vor anderen
- Erzieherischer Sadismus
- Drohungen (z.B. mit Entzug der elterlichen Liebe/elterlichen Nähe, Suizid)
- Emotionale Überforderung des Kindes
-

Emotionale Vernachlässigung

- Ungenügendes Beziehungsangebot der Eltern
- Gefühlskälte
- Verweigerung der Eltern (bei Beziehungswunsch des Kindes)
- Äußere und innere Abwesenheit der Eltern (im Stich lassen)
- - bei Trennung der Eltern -> „Rosenkrieg“
- - bei psychischer Störung der Eltern
- - bei Drogenkonsum der Eltern
-

Zusammenfassung

Wichtig:

Körperliche Misshandlung, psychische (seelische) Misshandlung,
körperliche Vernachlässigung, emotionale Vernachlässigung („Deprivation“),
(und sexueller Missbrauch)

kommen oft **zusammen** vor!

Was ist ein Trauma?

ICD 10 (1992, 2016):

Ereignis oder Situation außergewöhnlicher Bedrohung (kurz oder lang anhaltend) oder katastrophalen Ausmaßes, das bei fast jedem ein tiefe Verstörung hervorrufen würde

DSM V (2013):

Erleben von tatsächlichem oder angedrohtem Tod, ernsthafter Körperverletzung oder sexueller Gewalt auf eine (oder mehrere) der folgenden Arten:

1. Direktes Erleben
2. Direkte Zeugenschaft
3. Bericht, dass ein traumatisches Ereignis einem anderen passiert
4. Wiederholte oder extreme Konfrontation mit aversiven Details traumatischer Ereignisse

Einteilung von Traumata

Typ I (einmalig – kurzfristig)

- Interpersonell:
Sexueller Übergriff – körperliche / kriminelle Gewalt
- Akzidentell:
Verkehrsunfälle – Naturkatastrophen

Typ II (wiederholt – langfristig)

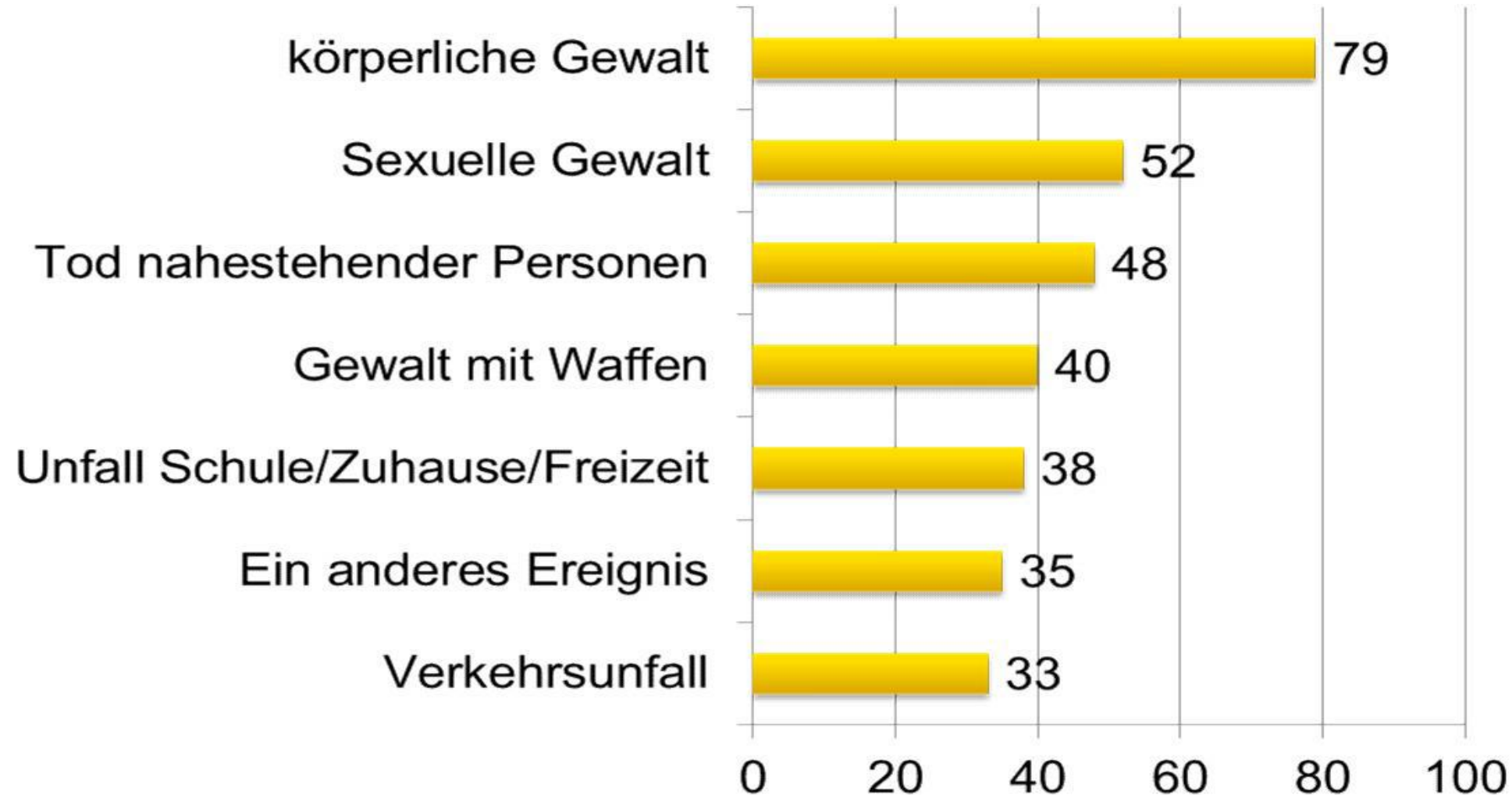
- Interpersonell:
langanhaltende oder wiederholte sexuelle / körperliche Gewalt
Kindesmisshandlung
Kriegserleben, Folter, politische Haft
- Akzidentell:
Lang andauernde Katastrophen

Ein Trauma ...

- ... findet im Nervensystem statt (nicht in der Außenwelt)
- ... ist individuell in Entstehung und Ausprägung
- ... wird ausgelöst oder getriggert durch ein Ereignis (ISE)
- ... wird unterhalten durch Wiederholung des Ereignisses
- ... muss weiter gefasst werden als in den herkömmlichen Definitionen
- ... ist bei psychischer Misshandlung / emotionaler Vernachlässigung ein „Beziehungstrauma“
- ... ist aber nicht gleichzusetzen mit negativer Erfahrung überhaupt

Traumatypes bei Kindern und Jugendlichen

nach: TCT-Studie Universität Ulm, KJP, N=103



Häufigkeit traumatischer Erlebnisse in Kindheit und Jugend

Autoren	Population	Prävalenz %
Essau et al. 1999	N=1035 Bremer Schüler 12-17 J	22,5 %
Elkit 2002	N=390 jugendliche Schüler (Dänemark)	87 % (Mädchen) 78 % (Jungen)
Copeland 2007	N=1420 Jugendliche 16 J. (N. Carolina)	68 % (13,4% PTBS)
Finkelhor et al. 2005	National Survey USA N=2030, 2-17 J 1-Jahres-Prävalenz	53 % körperl. Gewalt 8,3 % sex. Gewalt 3,6 % Zeuge Gewalt
Münzer et al. 2014	N=525 KJP Patienten	46,9 %

Misshandlungen in Kindheit und Jugend in der BRD

nach: Häuser et al. (2011). *Dtsch. Ärztebl. Int.* 108:287-294

Misshandlungsform	% insgesamt	% schwer / extrem
Körperliche Misshandlung	12,0	2,7
Seelische Misshandlung	14,9	1,6
Sexueller Missbrauch	12,5	1,9
Körperliche Vernachlässigung	48,4	10,8
Emotionale Vernachlässigung	49,3	6,5

Neurobiologie bei Traumatisierung

Beteiligte Hirnregionen: Limbisches System (Hippocampus, Amygdala ...)

Beteiligte Neurotransmitter: Serotonin, Opiate, Glutamat

Beteiligte Nerven: Vagus, Sympathikus (autonomes Nervensystem)

Beteiligte Hormone: Cortison, andere Stresshormone (Adrenalin ...)

Nachgewiesene Veränderungen:

- Abbau / Degeneration von Nervenzellen in den o.g. Regionen >

- Verringertes Hirnvolumen in diesen Regionen (Hippocampus)

- Aktivierung des autonomen Nervensystems

- Erhöhtes Cortison (akutes Trauma) oder erniedrigtes Cortison (PTBS)

Bewältigungsstrategien bei Traumatisierung

Kampf (fight) - Flucht (flight) - Erstarrung (freeze)

Suche nach sicherer Bindung – nach einem sicheren Ort

Intrapsychisch:

- abspalten (dissoziieren)
- verdrängen
- Aggressionen
- Identifikation mit dem Aggressor

Hintergründe von psychischer Misshandlung

Erziehungsstil der Eltern:

überstreng, rigide, bestrafend, abwertend

nicht feinfühlig, nicht empathisch

inkonsistent (für das Kind nicht voraussehbar)

Beziehungsschwierigkeiten / Überforderung / der Eltern

z.B. wegen psychischer Erkrankungen, Drogenkonsum

Eigene Traumata / unbewältigte Verluste der Eltern („Triggerung“)

Zu hohe Ansprüche an das Kind / Überforderung des Kindes

Ablehnung des Kindes

.....

Bindung

Bindungstypen

John Bowlby

„Bindung ist das gefühlstragende Band,
das eine Person zu einer anderen
spezifischen Person anknüpft und das sie
über Raum und Zeit miteinander verbindet“

Bindungstypen (Bindungsqualitäten) der Kinder

B-Typ: sichere Bindung	60-65%
A-Typ: unsicher-vermeidende Bindung	10-15%
C-Typ: unsicher ambivalente Bindung	10-15%
D-Typ: desorganisierte Bindung	5-15% (2005)

Bindungsrepräsentationen der Eltern

F-Typ: sicher-autonom

Ds-Typ: unsicher-distanziert

E-Typ: unsicher-verstrickt

U-Typ: ungelöst

Hochunsichere – desorganisierte Bindung (C, D) Interaktionsmuster

- Starke Gehemmtheit, situatives Erstarren des Kindes
- Wechsel zwischen Suche nach Nähe und Aggression/ Feindseligkeit (Ambivalenz)
- Gegenseitige Furcht
- Angst, (emotional) verlassen zu werden
- Mangelnde Wahrnehmung – Fehlinterpretationen der elterlichen Bezugsperson (mangelnde „Feinfühligkeit“)
- Stark kontrollierendes Bindungsverhalten des Kindes („Rollenumkehr“):
 - kontrollierend fürsorglich
 - kontrollierend bestrafend – aggressiv
 - kontrollierend hilflos - passiv

Hochunsichere – desorganisierte Bindung (C, D) Risikofaktoren

1. Psychisch kranke Eltern:

- Schwer depressive Mütter (29%, 40%, bis 62%) - Väter
- Bipolare Erkrankungen (ca. 50%)
- Psychosen (Schizophrenie)
- Angststörungen
- Dissoziative Störungen
- Persönlichkeitsstörungen (Borderline PS)
- Unverarbeitete Trauerprozesse der Eltern
- Unverarbeitete Traumata der Eltern

Hochunsichere – desorganisierte Bindung (C, D) Risikofaktoren

2. Psychosoziale (familiäre) Faktoren:

- Drogenmissbrauch (Alkohol) der Mütter (ca. 43%)
- Gewalt zwischen den Eltern (?)
- Alleinerziehende jugendliche Mütter

3. Kind-bezogene Faktoren:

- Autismus
- Down-Syndrom
- Neurologische Auffälligkeiten

**Auswirkungen von
psychischer Misshandlung /
emotionaler Vernachlässigung**

Symptome – Erscheinungsbilder

- Rückzug
- Misstrauen – Verwirrung
- Angst – Panik – Hilflosigkeit
- Depressive Verstimmung
- Psychosomatische Beschwerden
- Abspaltung (Dissoziationen) – Gedächtnisstörungen
- Erstarrung
- Emotionale Abstumpfung
- „Hospitalismus“: Stereotypien und Selbststimulation (Deprivationszeichen)
- Suche nach Aufmerksamkeit / Zuwendung / Nähe
- „Austesten“ von Beziehungen
- Aggressionen

Folgen von traumatischen Erlebnissen

- Traumafolgestörungen im engeren Sinne
- Störung der Intelligenzentwicklung (kognitive Einschränkungen)
- Konzentrationsstörungen, innere / äußere Unruhe
- Geringes Selbstwertgefühl
- Scham, Schuldgefühle
- Emotionale Labilität
- Selbstschädigendes Verhalten - Suizidalität
- Mangelnde Impulskontrolle - Risikoverhalten
- Störung des Sozialverhaltens
- Substanzmissbrauch

Traumafolgestörungen

- Akute Belastungsreaktion
- Posttraumatische Belastungsstörung
- Anpassungsstörungen
- Dissoziationen – dissoziative Störungen
- Emotionale Störungen: Depressionen, Ängste
- Bindungsstörungen (Entstehung < 5 Jahre)
- Persönlichkeitsstörungen („Borderline“-PS)

Posttraumatische Belastungsstörung (ICD 10–DSM V)

Beginn Wochen/Monate nach dem Trauma, Verlauf über Monate/Jahre

Erscheinungsbild:

- Wiedererleben des Traumas: „flash-backs“, Albträume, Dissoziationen, bei Kindern Re-Inszenierung im Spiel
- Vermeidung: von Gedanken, Gefühlen und Erinnerungen an das Trauma, von Personen und Orten in Verbindung mit dem Trauma
- Übererregbarkeit: Schlaflosigkeit, Schreckhaftigkeit, Reizbarkeit, Irritabilität, Aggressivität, Wutausbrüche, Konzentrationsstörungen
- Kognitive/affektive Symptome: negative Überzeugungen und Erwartungen, negatives Gefühlserleben, weniger Interesse / soziale Aktivitäten, Gefühl der Entfremdung, Abstumpfung

Bindungsstörungen nach ICD 10 (ca. 3-5%)

1. Reaktive Bindungsstörung

Diese tritt in den ersten fünf Lebensjahren auf und ist durch anhaltende Auffälligkeiten im sozialen Beziehungsmuster des Kindes charakterisiert. Diese sind von einer emotionalen Störung begleitet und reagieren auf Wechsel in den Milieuverhältnissen. Die Symptome bestehen aus **Furchtsamkeit und Übervorsichtigkeit, eingeschränkten sozialen Interaktionen mit Gleichaltrigen, gegen sich selbst oder andere gerichteten Aggressionen, Unglücklichsein** und in einigen Fällen **Wachstumsverzögerung**. Das Syndrom tritt wahrscheinlich als direkte Folge schwerer elterlicher Vernachlässigung, Missbrauch oder schwerer Misshandlung auf.

2. Bindungsstörung mit Enthemmung

Ein spezifisches abnormes soziales Funktionsmuster, das während der ersten fünf Lebensjahre auftritt mit einer Tendenz, trotz deutlicher Änderungen in den Milieubedingungen zu persistieren. Dieses kann z.B. in **diffusem, nichtselektivem Bindungsverhalten** bestehen, in **aufmerksamkeitssuchendem und wahllos freundlichem Verhalten** und **kaum modulierten Interaktionen mit Gleichaltrigen**; je nach Umständen kommen auch **emotionale und Verhaltensstörungen** vor.

Borderline-Persönlichkeitsstörung

Merkmale - diagnostische Kriterien (DSM-IV -V)

1. Verzweifeltes Bemühen, Alleinsein zu verhindern
2. Intensive, aber instabile zwischenmenschliche Beziehungen; Wechsel zwischen Überidealisierung und Entwertung
3. Identitätsunsicherheit (Selbstbild, Geschlechtsidentität)
4. Impulsivität und Unberechenbarkeit in mindestens zwei potentiell selbstschädigenden Bereichen (Verschwendung, Drogen, Sexualität, Essen ...)
5. Wiederholte Suiziddrohungen oder -versuche; Selbstverletzungen (Ritzen)
6. Starke Stimmungsschwankungen (Depression, Gereiztheit)
7. Anhaltendes Gefühl von Leere und Langeweile
8. Unangemessener heftiger Zorn/Ärger, Kontrollverlust
9. Dissoziative Symptome; stressabhängige paranoide Phantasien

Langfristige Folgen von psychischer Misshandlung und emotionaler Vernachlässigung

Schwierigkeiten in der Persönlichkeitsentwicklung:

unsicheres, instabiles Ich („Ich-Diffusion“)

Schwierigkeiten in der Regulierung von Emotionen

Schwierigkeiten in Beziehungen / Freundschaften

Schwierigkeiten im sozialen Leben

Schwierigkeiten in der Beziehung zu den eigenen Kindern:

Generationen übergreifende Wiederholung von Beziehungsmustern

- Pause -

Fallbeispiele

1. Fallbeispiel (Rank):

- 10 jähriger Junge
- Unproblematische SS und Geburt, GG 4290, KL 56cm
- Trennung der Eltern im 1. Lj, lebte dann bei der Mutter, mit 3-4 Jahren auch vorübergehend beim Vater
- Mutter psychisch krank, hoch verschuldet, arbeitslos; aktuell kein Kontakt
- Ab U3: Schädelasymmetrie (Einseitige Lage – Vernachlässigung?)
- Entwicklungsverzögerung: spät gesprochen, Milchzähne „verfault“
- Von 11/2014 bis 07/2017 stationäre Jugendhilfemaßnahme (WG)
- Zurückstellung von der Einschulung
- Wohnt seit 2017 endgültig bei Vater und dessen Ehefrau (Heirat 2012)
- Vater hat seither die alleinige elterliche Sorge
- Ambulante Behandlung bei einer KJP-Ärztin: medikamentöse Einstellung
- Ab 03/2018 heilpädagogische Tagesgruppe, Hilfe derzeit ausgesetzt

1. Fallbeispiel (Rank):

- 2018 stationäre Behandlung (2) in der KJP Hildburghausen für 1 ½ Monate
- Symptomatik:
 - Lügen, Geschichten erfinden, Stehlen, Horten, Verweigern, Rebellieren, Ausrasten, Recht haben wollen, heimlich und viel essen, Schlafstörungen
 - Streit mit kleinem Bruder
- Einweisungsdiagnose: Hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens (F90.1)
- Verlauf: Auf Station (in Gruppen) albern, dominant, unbeherrscht, impulsiv, Eskalationen bei Kleinigkeiten. Therapie: feste Strukturen, Verhaltenstraining, Einzelgespräche, Elterngespräche, Umstellung der Medikation.
- Belastungserprobungen an den Wochenenden: Verlauf zunehmend positiv
- Unsere Diagnosen: Reaktive Bindungsstörung F94.1, F90.1, F82.1
- Möchte unbedingt in „seiner Familie“ (d.i. beim Vater und der SM) bleiben, keinesfalls ins Heim zurück

2. Fallbeispiel (Rank):

- 11 jähriger Junge
- 2 Jahre ältere Schwester lebt im Kinderheim, 2. Schwester mit 3 Tagen gestorben
- In der Schwangerschaft vermutlich Alkoholkonsum der 18 jährigen Mutter
- Keine Informationen zu Geburt und Entwicklung in 1. Lj., aber:
- Im 1. Lj. mehrfach Polizeieinsätze wegen häuslicher Gewalt
- Vater und Mutter alkoholabhängig, schwere Vernachlässigung des Kindes, Entwicklungsrückstand, konnte mit 16 Monaten weder laufen noch sprechen
- Inobhutnahme mit 1 Jahr, dann wieder bei den Eltern, aber weiter Alkoholkonsum beider Eltern, Streit der Eltern, Depression/Suizidalität der Mutter
- Mit 16 Mo Aufnahme in eine Pflegefamilie -> schnell gesprochen, laufen mit 2 J.
- 11 Monate danach Geburt des 4. Kindes der Mutter (mit neuem Lebensgefährten)
- Umgang der Eltern wurde kaum genutzt, bis heute kaum Kontakt zu ihnen

2. Fallbeispiel (Rank):

- Mit 2 Jahren Aufnahme in den Kindergarten: keine Nähe zugelassen, bei Wunschversagen Schlagen mit dem Kopf auf den Boden.
- Ab dem 5. Lj Behandlung im SPZ Suhl: ADHS, rezeptive Sprachstörung, motorische Entwicklungsverzögerung, V.a. fetales Alkoholsyndrom >
- Mutter verweigert genetische Beratung – Entzug der Gesundheitssorge
- Einschulung mit 6 Jahren ins FÖZ, da vor Einschulung Feststellung eines sonderpädagogischen Förderbedarfs. Konnte aber schon zählen und lesen. Schnelles Lernen, aber wieder (sekundäres) Einnässen
- Mit knapp 9 Jahren Aufnahme in die Tagesklinik in HBN: Grund: Schulprobleme: im FÖZ impulsiv, aggressiv, gereizt, schnell wütend, Beschimpfungen. Diagnosen: Reaktive Bindungsstörung, gestörtes Sozialverhalten, V.a. Sprachstörung. IQ 95. Einstellung auf Risperidon
- Umschulung in eine Grundschule mit Integrationshelfer (§ 35a SGB VIII), dennoch im der Schule und im Hort (bis heute) kaum führbar

Fallbeispiele Teilnehmer

Interventionen und Hilfen

Akute Interventionen

- ...
- Einschaltung des Jugendamts nach § 8a SGB VIII (ggf. über den Bereitschaftsdienst / Notdienst)
- Ggf. Einschaltung des Familiengerichts / der Polizei (des Notarztes)
- Wechsel des häuslichen Umfelds / der Wohnsituation
- Inobhutnahme durch das Jugendamt
- Stationäre Einweisung in die Kinder- und Jugendpsychiatrie bzw.
- Stationäre Einweisung in die Kinderklinik (bei zusätzlicher körperlicher Misshandlung / Vernachlässigung)

Langfristige Hilfen

Hilfen in den Familien:

- Erziehungsbeistand
- Familienhelfer

Außerhäusliche Unterbringung -> längerfristig!

- Pflegefamilien
- Heime
- Therapeutische Wohngruppen

Psychotherapie -> längerfristig!

- stützend – stabilisierend – bindungsorientiert
- Ggf. Traumatherapie

Kooperation: Aufgaben der Partner

Jugendamt

- „Frühe Hilfen“ -> Vorbeugung
- Erkennen von psychischer Misshandlung und emotionaler Vernachlässigung (Kindeswohlgefährdung)
- Ambulante Hilfen für die Familie
- Herausnahme aus der Familie: Inobhutnahme, Fremdunterbringung in Pflegefamilien, Heimen
-

Kinderärzte

- Vorsorgeuntersuchungen
- Erkennen von Misshandlungen und Vernachlässigung -> Meldung ans Jugendamt
- Überweisung an Kinder- und Jugendpsychiater – KJ-Psychotherapeuten
-

Kinder- und Jugendpsychiater

- Spezifische Diagnostik: Vorliegen und Folgen von psychischer Misshandlung und emotionaler Vernachlässigung -> Stellung einer Diagnose (z.B. Bindungsstörung, PTBS etc.)
- Behandlung: ambulant, teilstationär, stationär (Notfall?)
-

Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten

- Psychotherapie mit den Kindern/Jugendlichen - und deren Familien

Kooperation: Aufgaben (2) und Formen

Gerichte

- Genehmigung einer Unterbringung mit Freiheitsentziehung (§ 1631b BGB)
- Klärung / Entzug der elterlichen Sorge
- Klärung des Umgangsrechts
- Verurteilung nach § 225 StGB - Misshandlung von Schutzbefohlenen

Polizei

- Einschreiten vor Ort bei häuslicher Gewalt
- Unterstützung des Jugendamts im Rahmen des § 8a SGB VIII und des § 1631b BGB
- Andere Institutionen: Schule? ...?

Formen der Kooperation:

- Meldung einer Kindeswohlgefährdung ans Jugendamt (§ 8a SGB VIII)
- Telefonischer Austausch (Schweigepflichtentbindung?)
- Schriftliche Stellungnahmen - Gutachten
- Helferrunden - Hilfeplangespräche
- Kinderschutzgruppen
- ...

Ein Beispiel für erfolgreiche Hilfen: The Jerusalem Hills Therapeutic Centers

1943: Gründung als Heim für die „Teheran children“

1956: Gründung eines neuen „Childrens Home“

2009: Umzug in einen neuen Campus

Heute Aufteilung in 3 Bereiche

Seit Gründung Rehabilitierung von über 2000

Kindern und Jugendlichen

Aktuell: Behandlung von etwa 125 Kindern und Jugendlichen von 7-18 Jahren “most at risk”: alle Opfer von emotionalem, sexuellem und körperlichem Missbrauch und Vernachlässigung

Langfristige Rehabilitation: Verpflichtung für Kinder und Personal für mindestens 4 Jahre

Behandlungskonzept basiert auf der Bindungstheorie

Alterspräsident: Dr. Chezzi Cohen

Chairman: Mr. Yehuda Levy



26.11.2018

**Vielen Dank für
Ihre Aufmerksamkeit**

—